

Duplication
Lane Medical Lib

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE — DIRECTEUR: PROF. KÖNIG

Du diagnostic de la Tuberculose des annexes

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Gion-Battista GIGER

de Disentis

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Ancien Assistant à la Polyclinique Gynécologique et Obstétricale
de l'Université de Genève.
Premier Assistant à la Polyclinique Chirurgicale
de l'Université de Genève.



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1931

Thèse N° 1380

Du diagnostic de la Tuberculose des annexes

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Gion-Battista GIGER

de Disentis

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Ancien Assistant à la Policlinique Gynécologique et Obstétricale
de l'Université de Genève.
Premier Assistant à la Policlinique Chirurgicale
de l'Université de Genève.



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1931

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Dr R. KÆNIG, pour la bienveillance qu'il m'a témoigné en mettant les ressources de sa clinique à ma disposition, en se chargeant de la correction et de la promotion de ce travail.

J'exprime aussi à Monsieur le Docteur Ernest-R. HELD, Chef de Clinique, toute ma reconnaissance pour m'avoir guidé pendant l'élaboration de ma thèse avec autant d'amabilité.

G.B.G.

HISTORIQUE

Plus de cent ans avant la découverte de l'agent pathogène de la tuberculose par R. KOCH (1882), MORGAGNI a donné dans son célèbre traité «*de sedibus et causis morborum*» (1779), la première description d'une tuberculose annexielle, observée chez une fillette de 14 ans. Dans son traité de pathologie spéciale, ROKITANSKY (1842) avait déjà reconnu que la tuberculose génitale n'épargne aucun âge, qu'elle se propage souvent à la cavité utérine et qu'elle fait rarement des métastases dans les organes uropoïétiques. Il n'admet par contre pas la tuberculose de la portion vaginale et de l'ovaire. La tuberculose vulvaire et vaginale n'est pas mentionnée. KIWISCH (1845) insiste sur le fait que la tuberculose utérine est dans la plupart des cas, précédée d'une atteinte des trompes. En outre, cet auteur fait remarquer les tendances à la guérison par calcification du contenu caséifié. SCANZONI ne reconnaît pas l'existence d'une tuberculose primitive des organes génitaux. Pour VIRCHOW (1864) la tuberculose ovariennne est très rare; il a observé des cas de tuberculose génitale chez de toutes petites filles. En (1865) BROUARDEL publie dans sa thèse de Paris, 56 cas de tuberculose génitale et il en fait une étude clinique. C. SCHRÖDER (1877) n'attribue pas une grande importance clinique aux affections tuberculeuses des organes génitaux de la femme, il dit «qu'on peut facilement les laisser de côté». En 1883 STEVEN trouva pour la première fois le bacille de Koch dans une trompe tuberculeuse. Depuis ce moment, tous les traités de Gynécologie font un exposé anatomo pathologique et clinique de la tuberculose génitale de la femme. Ce sujet a été à l'ordre du jour de différents congrès. La partie anatomo-pathologique semble en ce moment être suffisamment au point. Les phénomènes cliniques sont tellement variés,

qu'il est difficile de les grouper ; le diagnostic, souvent épineux à établir, présente malgré tous les travaux publiés, un intérêt qui n'a rien perdu de son actualité.

FRÉQUENCE

L'autopsie donne chez la femme 1,8—3 % de tuberculose génitale. A côté des autres localisations de la tuberculose, elle prend une place modeste, car elle ne représente que les 3—4 % des cas de tuberculose (ASCHOFF, ASKANAZY, JUNG, KRÖNIG, SIMMONDS). Les chiffres indiquant la fréquence de la tuberculose annexielle par rapport aux lésions inflammatoires des annexes varient entre 3—30 % et gravitent autour de 10 % d'après SALOMOND. Les trompes sont le plus souvent atteintes de tuberculose, dans 80—85 % des cas d'après PANKOW, dans 85—90 % d'après W. WEIBEL. C'est entre 16 et 25 ans que se trouvent le plus grand nombre de malades atteintes de tuberculose annexielle (HEGAR).

PATHOGÉNIE

Si nous nous demandons de quelle façon se fait l'infection tuberculeuse des organes génitaux de la femme, nous voyons que trois possibilités entrent en ligne de compte :

1° Il s'agirait d'une infection tuberculeuse primitive, dans le sens du complexe primaire de Ranke avec infection tuberculeuse précoce des ganglions lymphatiques régionaux et absence d'autres foyers de tuberculose dans l'organisme. Ce mode d'infection, bien que théoriquement possible, n'a jusqu'à maintenant jamais été prouvé, de sorte que la plupart des auteurs, entre autres GHON, qui s'est occupé de la question, n'admettent pas le complexe primaire localisé au niveau des organes génitaux de la femme.

2° Partant d'un foyer primitif extragénital, l'inoculation peut se faire par voie hématogène ou lymphogène. La localisation dans les organes génitaux serait favorisée par les-

congestions périodiques auxquelles ils sont soumis. Les malformations anatomiques (trompes sinueuses, etc.), de même que les anomalies de vascularisation pourraient expliquer dans certains cas, la facilité avec laquelle se fait l'infection tuberculeuse des trompes (LABHARDT, AMANN, A. FREUND). Certains auteurs tels que SIMMONDS pensent même qu'elle se produit par l'élimination des bacilles de Koch dans les trompes où ils donneraient naissance à un catarrhe tuberculeux. Les trompes ne présentant pas une désquamation lors de la menstruation, il ne serait pas étonnant d'y rencontrer la tuberculose plus souvent que dans l'endomètre (R. SCHRÖDER). Pour PANKOW et GHON, la voie hématogène serait de beaucoup la plus fréquente.

3° L'infection par contact des organes génitaux avec des masses tuberculeuses soit par voie ascendante, soit par voie descendante. L'inoculation sur le col par des rapports avec un partenaire souffrant de tuberculose du système uro-génital est sûrement très rare. L'infection des annexes à la suite d'une tuberculose péritonéale est par contre fréquemment observée.

ANATOMIE

Il n'est pas dans notre intention de répéter tout ce qui a été dit et écrit sur l'anatomie pathologique de la tuberculose des annexes ; nous voudrions toutefois insister sur l'aspect très variable que ces lésions tuberculeuses peuvent présenter lors d'une laparotomie. Tantôt elles ne représentent qu'une partie d'une tuberculose péritonéale, tantôt elles forment une localisation particulière de la tuberculose. Ces derniers cas s'offrent à l'opérateur sous les formes les plus diverses, allant d'une simple annexite ou d'un pyosalpinx d'aspect tout à fait banal à une tuberculose macroscopiquement classique. Parfois même, elle peut apparaître sous la forme de salpingite isthmique nodulaire. Au point de vue bactériologique nous avons la forme qui reste tuberculeuse sans

complications et celle sur laquelle vient se greffer une infection mixte, partant de l'intestin ou de la vessie avec lesquels les masses tuberculeuses entrent souvent en connexion très étroite, de sorte qu'il peut se produire des perforations et dans l'un et dans l'autre. Ces quelques constatations anatomiques suffisent à expliquer la grande variabilité des symptômes cliniques et dans un certain nombre de cas, l'impossibilité absolue de poser un diagnostic précis.

DU DIAGNOSTIC DE LA TUBERULOSE DES ANNEXES

Avant d'exposer les quelques cas de tuberculose des annexes observés ces derniers temps à la Maternité de Genève et de discuter les éléments, permettant d'établir le diagnostic, nous voudrions brièvement mentionner l'opinion des auteurs sur la valeur des signes cliniques et des examens de laboratoire.

Inutile d'insister sur l'importance des antécédents tuberculeux, héréditaires ou personnels que seul un interrogatoire très minutieux, permet souvent de dépister. D'autre part l'histoire de la malade nous renseignera s'il y a eu puerpéralité et si les suites d'un accouchement ou d'un avortement éventuel ont été normales. Nous tiendrons également compte d'une infection blennorrhagique antérieure.

Les phénomènes douloureux peuvent s'établir de façon insidieuse, chronique d'emblée, sans gêner la malade dans ses occupations. Il n'est toutefois pas rare de voir les manifestations morbides passer par une phase aiguë, ayant simulé dans un certain nombre de cas non seulement une annexe aiguë banale, mais même une grossesse ectopique (BARTHELEMY, LOPEZ-DORIGA, MEYER-LASH). Dans un cas publié par ce dernier auteur, le diagnostic différentiel a même été rendu illusoire par une inondation péritonéale, survenue à la suite de l'érosion d'un vaisseau par la nécrose tuberculeuse. Les douleurs n'ont rien de typique ; à elles seules elles ne

permettraient pas de différencier une annexite bacillaire d'une annexite blennorrhagique ou *post abortum*.

Si nous nous informons sur les règles des malades atteintes de tuberculose, nous trouvons très souvent, même dans les affections qui ne sont localisées qu'aux poumons, de l'aménorrhée qui serait pour EISENSTEIN-HOLLOS due à l'influence des toxines tuberculeuses sur les vaisseaux et sur le métabolisme. SCHWERMANN et HÖPPNER pensent à une dysfonction ovarique, éventuellement par manque de substances lipoïdiques dans l'ovaire. Tout en reconnaissant la possibilité de l'une ou de l'autre de ces hypothèses, nous pensons avec GRANZOW, que pour l'organisme tuberculeux la menstruation est un luxe et que sa suppression lui permet non seulement d'éviter les pertes comme telles, mais aussi de se soustraire aux trop grandes variations des forces immunisantes observées au moment de la menstruation. Nous ne serons nullement étonnés, de trouver assez souvent dans la tuberculose des organes génitaux internes de l'aménorrhée (CHATILLON, DOUAY, GRANZOW, MOROZOWA, SAHLI, SCHWERMANN). A côté de l'influence des toxines, nous avons ici également des altérations anatomiques des ovaires et de l'endomètre qui peuvent en être la cause. Nous ne voulons pourtant pas omettre de dire, qu'à la suite de réactions inflammatoires pelviennes, la menstruation peut présenter toutes les variations, allant de l'aménorrhée jusqu'à la polyhyperménorrhée.

Bien qu'une grossesse ne soit pas exclue après une tuberculose annexielle, fait sur lequel a récemment insisté FRÜHINSHOLZ et FEUILLADE, la plupart des auteurs reconnaissent dans la tuberculose annexielle une cause fréquente de la stérilité (CREVOISIER, DOUAY, Höppner, MOROZOWA, PESTALLOZZA, WEIBEL). Nous savons même que la stérilité peut être le seul symptôme, ainsi que le démontrera un de nos cas. MOROZOWA pense que la stérilité et l'aménorrhée sont les symptômes les plus constants d'une tuberculose des annexes. Dans la majorité des cas la fécondation n'a pas lieu à cause de l'imperméabilité des trompes, peut-être aussi parfois à la suite de l'arrêt de l'ovulation. Pour HÖPPNER il faudrait

incriminer en général les altérations tuberculeuses de l'endomètre qui empêcherait la nidation de l'œuf. L'insufflation tubaire, l'hystérogaphie et le curettage explorateur nous permettent souvent de reconnaître la cause exacte de la stérilité.

En examinant la malade, nous observons parfois un retentissement très marqué sur l'état général, tandis que dans d'autres cas nous avons à faire à des personnes apparemment en bonne santé. Ceci ne nous étonne nullement, car c'est une observation fréquente dans les autres formes de tuberculose.

Le status local sera celui d'une péritonite bacillaire typique avec participation des annexes ou celui d'une annexite banale. Tandis que dans une annexite blennorrhagique ou *post abortum* la douleur à la palpation et au toucher, ainsi que la défense musculaire rétrocedent en général très rapidement lorsque les malades sont au repos, nous retrouvons ces symptômes avec une intensité variable dans les affections bacillaires.

L'absence de gonocoques dans les sécrétions contribuera à éliminer l'origine blennorrhagique de l'affection annexielle. La flore vaginale peut être banale ou même présenter le degré de pureté I. Nous connaissons des recherches faites pour déceler le bacille de Koch dans les sécrétions, procédé qui pourrait peut-être dans certains cas d'endométrite tuberculeuse donner un élément de diagnostic précieux (PANKOW, DOUAY).

Depuis assez longtemps on fait à la Maternité de Genève la recherche du temps de sédimentation des globules rouges, dans tous les cas d'annexites et de grossesses extrautérines. Sans vouloir lui attribuer une valeur de diagnostic spécifique nous apprécions les résultats qu'elle nous fournit à côté des autres examens de laboratoire, pour juger si un processus est aigu ou chronique, éventuellement s'il s'agit d'une grossesse extrautérine ou d'une affection annexielle inflammatoire. Parfois elle nous aidera à faire le diagnostic différentiel entre une tuberculose et une affection annexielle

chronique banale. Pour CUIZZA, FORESTIER, LINZENMEIER, MOROZOWA, NÄGELI, STIMSON and JONES, la sédimentation des globules rouges est accélérée dans tous les cas d'inflammation aiguë. Nous ajouterons, que les expériences faites à la Maternité de Genève depuis des années, confirment ces constatations, et qu'elles montrent en outre que cette réaction est plus constante dans les infections inflammatoires du pelvis que dans celles localisées à l'appendice ou à une autre partie de l'abdomen. O. NÄGELI et SAHLI admettent que l'accélération de la sédimentation est parallèle à l'augmentation des globulines et plus spécialement du fibrinogène dans le plasma ; cette réaction nous donnerait donc en quelque sorte des indications précieuses sur la composition chimique du plasma sanguin.

Les notes que nous trouvons dans la littérature sur la formule sanguine dans les cas de tuberculose des annexes et du péritoine sont très variables. STÖCKEL n'attribue aucune importance à la formule sanguine. W. WEIBEL par contre pense que le manque d'une leucocytose parle pour l'origine bacillaire d'une tuméfaction annexielle inflammatoire. Une légère leucocytose serait de règle dans la tuberculose annexielle selon MOROZOWA. Le seul auteur qui nous donne des indications un peu plus précises à ce sujet est O. NÄGELI, qui dans les affections tuberculeuses du péritoine, ne trouve pas d'altération de la formule sanguine ou tout au plus une légère leucocytose ; pas d'augmentation des lymphocytes. Si le processus bacillaire entre dans une phase exsudative, il y a neutrophilie avec apparition de polynucléaires pathologiques. Les chiffres de mononucléaires sont variables. Lors d'une amélioration de la tuberculose, il se produit une diminution des neutrophiles et une augmentation des éosinophiles et des lymphocytes. La formule sanguine ne nous permettra pas sans autre d'affirmer le diagnostic de tuberculose des annexes, mais elle sera un élément important pour établir le pronostic, si l'examen du sang est fait à plusieurs reprises.

Sur la valeur des examens sérologiques pour le diag-

nostic de la tuberculose des annexes nous trouvons des opinions très partagées. BORELL, FRANQUÉ, HÖHNE, KÖNIG, SCHLIMPERT, STÖCKEL. VEIT, WEIBEL, ZOPPITZ, n'attribuent pas grande importance à la réaction à la tuberculine, pour établir le diagnostic de tuberculose des annexes. Ils n'ont pas vu se réaliser les espoirs fondé sur cette méthode. D'autre part BIRNBAUM et PANKOW se déclarent satisfaits des résultats obtenus avec la tuberculine. Nous ne manquerons pas d'ajouter que les statistiques cliniques favorables publiées par BIRNBAUM ne peuvent pas être acceptées telles quelles, car dans un grand nombre de cas, il n'a pas été fait de contrôle histologique. PANKOW se base surtout sur les symptômes se manifestant au niveau de la lésion tuberculeuse: douleurs et sensation de pesanteur dans le bas ventre, éventuellement diarrhées profuses. Les résultats obtenus à la Maternité de Genève ne sont également pas encourageants. Peut-être que l'injection de tuberculine fait dans le col utérin, ainsi que l'a recommandé H. FREUND, permettra plus souvent de poser le diagnostic de tuberculose des annexes. L'idée de faire l'injection dans le voisinage des organes atteints est très séduisante, surtout si l'on pense aux bonnes expériences faites dans le traitement de la blennorrhagie par BASSET, BUCURA et POINCLOUX, qui ont pratiqué sur une grande échelle la vaccination régionale.

La réaction de Besredka permet encore moins de tirer des conclusions quant au diagnostic de tuberculose. SAHLI, ainsi que RIST, SERGENT, ARMAND DELILLE, HILLEMEAND, LESTOQUOY cités par DOUAY, formulèrent des conclusions peu favorables, tandis que d'autres AVIRAGNET, GOLDENBERG, BERGERON, LETULLE, PRIEUR, etc., cités par DOUAY, considèrent qu'elle offre un intérêt diagnostic considérable. BADOUX et NARBEL (Lausanne) ont pratiqué le « Besredka » avec le sang d'un grand nombre de malades atteints de tuberculose chirurgicale; en résumé, cette réaction ne leur a donné que des résultats très capricieux. A la Maternité de Genève il n'a pas non plus été possible d'en faire un élément de diagnostic.

Si les opinions sont très partagées au sujet de la valeur

de la réaction à la tuberculine et du « Besredka », tous les auteurs sont unanimes à reconnaître à la réaction de VERNES (flocculation à la résorcine) une grande importance pour dépister une tuberculose en activité (FURTADO et SOUZA, GRYSEZ, d'HOOR, LANGERON, LÉGER et MARTIN, PIERRET, PRUNELL). Ces derniers la considèrent comme positive au-dessus de 30 et la trouvent bien supérieure à la déviation du complément d'après Besredka, qui selon BRETON ne permet pas de juger de l'activité ou de la non-activité d'une tuberculose. Pour THILMANN la séroflocculation est le véritable thermomètre de l'évolution tuberculeuse. C'est à ces mêmes conclusions qu'arrivent BADOUX et NARBEL qui ont fait une grande étude comparative entre la valeur du « Besredka » et du « Vernes ». Nous avons déjà cité leur opinion quant au « Besredka ». Ils reconnaissent au « Vernes » une valeur de diagnostic et de pronostic, qu'ils qualifient de bonne.

Un autre moyen d'investigation pour poser le diagnostic de tuberculose des annexes est le curettage explorateur. Il se base sur le fait que d'après KRÖNIG et SIMONDS on trouverait dans 50 %, d'après PROCHOWNIK dans 30 % des cas seulement, une tuberculose de l'endomètre. Tandis que AMANN, BIRNBAUM, KRÖNIG, MENGE, ROSTHORN, SELLHEIM, SIMONDS, WALLER, WIELOCH sont partisans du curettage, nous voyons que FRANQUÉ, FÜRTH, GRÆFENBERG, HÖHNE, OLOW, PANKOW, PROCHOWNICK, WEIBEL, ne le recommandent pas, craignant de provoquer par le traumatisme de la dilatation et par le curettage lui-même une infection aiguë ou une dissémination de la tuberculose.

Dans un certain nombre de cas nous pourrions peut-être serrer de plus près le diagnostic en faisant une colpotomie exploratrice (WEIBEL). Cette méthode n'est toutefois pas très répandue, parce qu'elle ne présente pas de très grands avantages, en comparaison d'une laparotomie exploratrice. Par contre la ponction du Douglas avec une grosse aiguille peut, s'il s'y trouve un exsudat tuberculeux, donner un résultat positif à l'inoculation du cobaye (DOUAY, MERLETTI, WIELOCH), ainsi que l'a démontré un de nos cas.

Pour compléter notre exploration locale, nous ferons, si l'état de la malade le permet, une hystéroggraphie qui nous renseignera sur la disposition des tumeurs annexielles par rapport à l'utérus ; elle nous permettra peut-être une fois ou l'autre de déceler un trajet fistuleux aboutissant vers un des organes voisins. De cette façon nous saurons également, si la stérilité est due à une imperméabilité des trompes ou si nous devons accuser une affection de l'endomètre ou une cause fonctionnelle.

L'aspect de la malade, la température subfébrile, éventuellement les grandes différences de température le matin et le soir, le pouls accéléré par rapport à la température, la courbe du poids de la malade seront autant de présomptions pour la nature tuberculeuse de l'affection.

Très souvent on observera dans ces cas un échec du traitement à la diathémie, qui d'habitude est si bien toléré par les malades souffrant d'annexite non bacillaire.

Si tous les examens mentionnés jusqu'à maintenant nous donnent des présomptions militant sérieusement en faveur d'une tuberculose, la laparotomie exploratrice sera entièrement justifiée (KÖNIG, WIELOCH, WEIBEL), afin de pouvoir poser un diagnostic macroscopique et microscopique exact ; c'est en se basant sur eux, que sera fixée la thérapeutique si différente lorsque la nature de l'annexite est bacillaire.

OBSERVATIONS DU SERVICE DE LA MATERNITÉ DE GENÈVE.

I. Observation gyn. 221/30. Mme. Fl.

Anamnèse : Femme mariée de 35 ans ayant eu à 16 ans une toux avec expectoration sanguine, puis pleurésie gauche avec exsudat. Tbc. de l'annulaire gauche avec fistule pendant une année. En 1917 traitée dans le service pour pertes jaunes avec une légère annexite; dans les sécrétions on constate des diplocoques. Gram positifs et négatifs; la nature gonococcique n'est pas prouvée. Depuis ce moment elle est à plusieurs reprises en traitement pour ses pertes, qui se montrent très rebelles.

Réglée depuis l'âge de 13 ans; pertes mensuelles; irrégulières; de quantité normale, durant trois jours. Dysmenorrhée prémenstruelle. Mariée depuis deux ans, elle n'a pas eu de grossesse.

Maladie actuelle : Depuis un mois fortes douleurs continues et lancinantes dans la fosse iliaque gauche. Constipation et ballonnement de l'abdomen. N'a pas maigri. Pas de transpiration nocturne. Elle a eu de la fièvre avec une légère toux sans expectoration. Les règles n'ont pas changés de caractère.

Status pulmonaire : Poumon droit: sommet fibreux, respiration de tout le poumon diminuée. Poumon gauche: r.d.p. La radiographie montre deux hiles un peu chargés.

Température: fébrile 37 — 38°; Puls 90—110.

Status local : A l'entrée on trouve une résistance dans la région sous ombilicale qui est sensible. Forte sensibilité de la fosse iliaque gauche. Le toucher démontre la présence de masses inflammatoires, remplissant tout le Douglas, cul-de-sac latéral droit et une partie du cul-de-sac gauche. Il s'agit d'une infection annexielle à coque épaissie un peu fluctuante, très peu sensible.

Recherches de laboratoire :

Sécrétions: pas de gonocoques.

Sédimentation des globules (Méthode Linzenmeier): 25'.

Bordet-Wassermann et Hecht-Bauer: négatifs.

Vernes: positif, 88. Besredka: négatif.

Examen du sang: Gl. rouges: 4,244,000; Gl. blancs: 5200; Hgl. 93 % Polynucléaires: éosinoph. 1 %; neutroph. 58 %; basoph. 2 %. Grands mononucl. 7 % Lymphocytes 32 %.

La ponction du Douglas ramène un liquide séropurulent que l'on inocule au cobaye. L'autopsie de celui-ci démontre la présence de tuberculose.

L'hystéroggraphie démontre l'impérméabilité des trompes et dilatation de la trompe gauche.

Un essaie de traitement résolutif avec la diathérmie est mal supporté.

Diagnostic de probabilité: tuberculose annexielle.

Opération (Opérateur: Prof. Kœnig): hystérectomie totale

Examen histologique (Dr Moloff): Annexite tuberculeuse

II. Observation gyn. 273/30. Mlle. D

Anamnèse : Célibataire de 25 ans. Réglée à 16 ans quelquefois, puis arrêt des règles jusqu'à l'âge de 19 ans ; durée cinq jours, irrégulières dans un intervalle de 1-6 mois ; quantité faible ; desfois douloureuses avec irradiation de la douleur vers la cuisse lors des règles. Dernières règles le 29 mai après un intervalle d'un mois et dix jours.

Maladie actuelle : Toujours bien portante. Depuis quelques semaines constipation et leucorrhée. Soignée pour la constipation. Pendant cette époque s'établissent des douleurs légèrement lancinants, changeant de place dans tout l'abdomen. Miction normale.

Status pulmonaire : r.d.p.

Température : subfébrile. Pouls : 80—100.

Status local : Inspection : abdomen plat, sonorité partout à la percussion. Abdomen partout souple.

Toucher : Ventre peu ballonné et dur, utérus antéfléchi, un peu à droite, peu mobile à gauche, séparé de l'utérus par un sillon, marqué tout le long de la paroi de l'utérus (lat. gauche), une tumeur annexielle assez molle, un peu fluctuante, du volume d'une petite mandarine, peu douloureuse. A droite il est difficile de pénétrer entre le fond de l'utérus et la paroi ; il n'y a pas de tuméfaction annexielle notable.

Examens sérologiques : Wassermann et Hecht-Bauer : négat. Besredka : légèrement positif. Vernes : partiellement positif, 24.

Diagnostic : petit kyste ovarique ? Annexite gauche ? Annexite tuberculeuse n'est pas exclue.

Opération : (Opérateur : Prof. Kœnig). La surface péritonéale est farcie de tubercules miliaires. Utérus couvert de tubercules miliaires, trompe droite a épaissie, s'enfonce dans la fosse iliaque droite ; l'ovaire est difficilement à percevoir. A gauche la trompe forme une tumeur kystique en cornue, qui atteint dans la partie ampoulaire le volume de deux pouces, elle est flasque et peu tendue ; l'ovaire est comme à droite adhérent dans le Douglas, on ne le voit pas. Poudrage au iodoforme. Biopsie d'un fragment du péritoine.

Examen histologique (Dr Moloff) : Péritonite tuberculeuse.

Suites opératoires : normales.

III. Observation gyn. 286/30. Mme. P

Anamnèse : Femme mariée de 25 ans, de nature peu robuste, toussant et crachant tous les hivers. Réglée à l'âge de 12 ans ; toutes les 4 semaines ; durée un jour ; de quantité faible. Fausse couche en 1925. Depuis ce moment dysmenorrhée. Se plaint souvent de douleurs dans le bas ventre. Traitement de ces douleurs en 1928 avec diathémie et rayons ; les douleurs persistent.

Maladie actuelle : Augmentation des douleurs dans le bas ventre, remarqués depuis 1928. Bursite prépatellaire, spina ventosa du deuxième métacarpien gauche avec phénomènes de coxalgie à droite.

Status pulmonaire : aux deux bases submatité et abolition des vibrations, surtout à droite. Sommets r.d.p.

Température : fébrile (37—38°) ; Pouls : 80—95.

Status local: Abdomen plat; au-dessus de l'ombilic forte défense musculaire des deux côtés. Douleur à la pression et à la détente.

Toucher: Vagin remarquablement béant pour une femme n'ayant jamais eu d'enfant à terme. La moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin est cartonnée; on sent nettement une protrusion qui bombe. Utérus antéposé avec fond vertical. Derrière l'utérus, dans tout le Douglas on constate une tumeur nettement fluctuante, pas très douloureuse. A droit on sent une masse plus résistante. Fluctuation très nette, surtout à droite.

Examens de laboratoire:

Examen des sécrétions: Colibacilles dans l'urèthre; dans le canal cervical on constate du sang.

Sédimentation (Méthode Linzenmeier) des globules: 14 '.

Examen du sang: Gl. rouges: 5,230,000; Gl. blancs: 5700. Polynucléaires: éosinoph. 3 %; grands mononucléaires et grands lymphocytes 16 %; petits lymphocytes 21 %. Hmgl. 100 %. Légère mononucléose sans leucocythose.

Wassermann et Hecht-Bauer: négatifs.

Besredka: négatif; Vernes; positif, 66.

Réaction à la tuberculine: trois piqûres à 0,1 ccm.

première piqûre: ac. phénique; réaction nulle.

deuxième piqûre: tuberculine au 10 millième; réaction: infiltration et erythème de 3 mm de diamètre.

troisième piqûre: tuberculine au 100 millième; réaction: infiltration et erythème 1 mm de diamètre.

Ponction du Douglas: Examen du liquide: strepto-staphylo-diplocoques.

Examen radiologique: ostéopériostite localisée, au niveau du grand trochanter, origine tuberculeux n'est pas exclue. Diathémie est mal supportée.

Diagnostic: Annexite droite et paramétrite tbc?

Opération: (Opérateur: Prof. Kœnig) Péritoine infiltré et adhérent aux tissus sous-jacents. On sectionne une voile d'épiploon adhérent à la masse tumorale. Sous ce premier étage d'adhérences il y a un deuxième étage constitué par l'intestin grêle adhérent à la masse tumorale, dans laquelle on commence à détacher les adhérences. Apparaît dans le fond du bassin une surface couverte de granulations molles. On enlève un morceau de la tumeur. Placement d'un Miculicz; on ferme l'abdomen.

Examen histologique (Dr Moloff): Tuberculose de l'épiploon.

Suites opératoires: La plaie abdominale se ferme excessivement lentement. Persistance de douleurs abdominales. Un traitement aux rayons X (4000 R. Salomon) donnent la castration et une légère amélioration. La malade quitte le service après un séjour de trois mois. Elle continue le traitement à la montagne.

IV. Observation gyn. 461/30. Mlle. B.

Anamnèse: Femme de 23 ans. Etat général précaire. Réglée depuis 16 ans; régulières tous les 28 jours, de quantité abondante, dysménorrhée les trois premiers jours. Célibataire, n'a pas eu de grossesse.

Maladie actuelle : Pertes jaunâtres depuis deux ans. Est assez vite fatiguée. Dernières règles début septembre. En octobre les règles s'installent normalement et disparaissent après deux jours. En même temps elle ressent des frissons. Quelques jours après apparaissent des métrorrhagies qui ont duré quelques semaines, accompagnées de pertes fétides, sans membranes. Le 26 octobre de nouveau pertes de sang qui durent encore après l'entrée dans le service. Avec l'installation de ces dernières pertes apparaissent des douleurs dans le bas ventre. Elles n'ont pas le caractère du coup de poignard et sont sans irradiation ni dans la jambe, ni vers l'épaule droite. Plusieurs vomissements, sans renvois acides, ni douleurs dans l'épigastre. Pas de constipation, selles plutôt liquides, sans sang ni membranes. Miction normale.

Status pulmonaire : A la base du poumon droit on entend des râles sonores. Poumon gauche r. d. p.

L'examen radiologique des poumons donne les constatations suivantes : Accentuation des traînées péribronchi-vasculaires au niveau de la moitié supérieure gauche, où l'on aperçoit quelques taches contrastées. Les hiles sont quelque peu chargés et nous constatons dans cette zone plusieurs taches contrastées, qui semblent être dues à des ganglions crétacées.

Température : fébrile ; Pouls : accéléré (110).

Status local : Ventre plat, souple et indolore dans tout l'abdomen, sauf la fosse iliaque gauche, où l'on perçoit une légère défense musculaire ; douleur à la palpation dans le tiers ext. sous la ligne bispinale gauche.

Le toucher montre un utérus un peu refoulé en arrière par une tumeur kystique, ayant la forme de cornue, qui se trouve devant l'utérus, située dans la direction horizontale du bassin, remontant à gauche jusqu'à deux travers de doigts sous l'ombilic, dépassant la ligne médiane et allant à droite à mi-distance entre la ligne médiane et l'épine iliaque ant. sup. droite, peu sensible, peu fluctuante. A gauche la tumeur remplit le bassin. Sang liquide assez abondant, liquide comme lors des règles.

Examens de laboratoire :

Ponction de la tumeur kystique : Culture : stérile. Frottis : sans bactéries.

Examen du sang : Gl. rouges : 4,000,000 ; Gl blancs : 18000.

Polynucléaires : neutroph. 89 %, éosinoph : 0 ; Mononucl. 2 %.

Lymphocytes : 11 %. Diagnostic : Leucocythose (neutrophilie et mononucléose.

Sédimentation des gl. (Méthode Linzenmeier) : 16' et 55'.

Wassermann et Hecht-Bauer : négatifs.

Besredka : négatif. Vernes : positif, 52.

Réaction à la tuberculine : sans aucune réaction, ni erythème, ni infiltration.

Diagnostic : Salpingite et périsalpingite chronique bilatérale, kyste suppuré de l'ovaire gauche.

Examen histologique (Dr Molofi) des fragments prélevés par une ponction de la coque annexielle : Bourgeon charnue (tissu de granulation).

Diathémie et bains de siège bien supportées. Evolution avec des périodes de température augmentée et accélération des pulsations, changeant avec des périodes de température et pouls normaux.

Observation gyn. 215/31.

La malade revient à la Maternité après un séjour d'un mois à la maison. La malade ressent de fortes douleurs et commence à avoir des pertes très abondantes malodorantes. Les dernières règles étaient accompagnées de fortes douleurs.

Status pulmonaire : r. d. p.

Température : 36 — 37 ° ; Pouls : 80 — 95.

Status local : L'inspection montre un abdomen plat symétrique.

Palpation : Ventre souple et indolore. On palpe une tuméfaction qui remonte à deux travers de doigts de l'ombilic, peu sensible.

Toucher : Col dirigé vers en bas. On sent une masse qui paraît être l'utérus vertical, assez gros, dévié à droite, le pôle sup. remonte à trois travers de doigts sous l'ombilic. A gauche faisant corps avec l'utérus, mais cependant séparé par un sillon, une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant, allant à un travers de doigt de l'ombilic (distance symph., ombilic 16 cm), sphérique, peu sensible, nettement kystique, immobile, bombant fortement dans le cul-de-sac ant. à gauche. A droite de l'utérus une masse évidemment annexielle est constatée, qui devant ne se sépare pas du corps utérin ; en arrière par contre elle est séparé de l'utérus par une scissure, peu sensible, allant à mi-distance ligne blanche épine iliaque, mais laissant la partie latérale du bassin libre.

Ponction de la poche bombante dans le cul-de-sac ant. : évacuation d'un pus crémeux et fétide.

Diagnostic : Salpingite et périsalpingite chronique bilatérale, kyste suppuré de l'ovaire gauche.

Opération : (Opérateur : Prof. Kœnig) Incision longitudinale symphyso-ombilicale. On voit apparaître sous le péritoine une tumeur qui correspond à celle que l'on sentait de l'extérieur. Elle remonte à deux tiers de l'ombilic et est fortement adhérent au gros intestin. Par trois compresses on commence à décoller les adhérences. En arrière, de côté, à gauche surtout, on sent quelques adhérences assez solides. A un moment donné l'inévitable se produit, c'est-à-dire qu'un flot de

pus sort de la profondeur. On arrive enfin à mettre à nu une partie du fond de l'utérus. Les annexes droites présentent une trompe oblitérée. L'ovaire est fortement augmenté, contient plusieurs kystes. On se décide pour éviter la hystérectomie totale, de faire une fundique. On procède à l'excision du côté droit du fond de l'utérus en continuité avec la trompe. A gauche il est impossible de faire une ligature préventive. Assez difficilement on décolle d'en dedans en dehors les annexes gauche. Plus on va dans la profondeur, plus les adhérences deviennent solides. Finalement on extrait le tout, plus ou moins déchiqueté. Suture du fond de l'utérus en surjets en étages. L'ovaire droit est fendu et réséqué en partie. Péritonisation difficile surtout du côté gauche, où la grande partie du bassin est dépourvu de péritoine. Sur la colonne vertébrale lombaire on constate un gros ganglion. Le caecum est recouvert de fausses membranes. Appendicectomie. Fermeture de l'abdomen habituelle.

Examen histologique : (Dr Moloff) : Salpingite et périsalpingite chronique bilatérale. Kyste suppuré de l'ovaire gauche et tuberculose de la paroi kystique.

Suites opératoires : très bonnes. Sortie du service après l'opération, le 18^{me} jour.

V. Observation gyn. 10/31, Mme B.

Anamnèse : Femme de 30 ans, mariée depuis 1928. Réglée à 14 ans ; toutes les quatre semaines ; durée 8 jours ; très fortes avec des caillots, indolores. Consulte pour stérilité et aménorrhée (le changement de localité provoque chez elle une amenorrhée passagère pendant une année). Pas de constipation : miction normale. A beaucoup grossi ces derniers temps. Dernières règles 18. XII. 30.

Status pulmonaire : r. d. p.

Pouls : 60 — 70. Température : normale.

Status local : La palpation : abdomen souple et indolore.

Toucher : Col de nullipare ; utérus en rétroversion-flexion, un peu augmenté de volume ; avec l'hystéromètre on arrive à le mettre en verticale. On a l'impression que quelque chose empêche la réposition complète. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent les annexes un peu augmentées de volume, de consistance légèrement kystique, peu sensibles. A gauche on a l'impression que les annexes ne sont pas augmentées, elles sont indolores. Les paramètres sont libres. Hystéromètre : 8 cm.

Examens de laboratoire :

Sécrétions : pas de gonocoques.

Hystéroggraphie : le lipiodol n'a pas passé dans la cavité péritonéale. Insufilation avec l'appareil de Douay ; on n'a pas pu entendre le

souffle du passage de l'air dans la cavité péritonéale ; pression n'a baissé que de 20 à 18 mm. Hg. Pas de douleur à l'épaule.

Diagnostic : Rétroversion-flexion avec stérilité.

Opération (Opérateur : Prof. Kœnig) :

Quelques adhérences épiploïques à la paroi antérieure. Un voile épiploïque épais est adhérent à la paroi antérieure. Après avoir détaché les connexions de l'épiploon au tampon, on aperçoit l'utérus en rétroflexion avec quelques adhérences du côté droit, qui attirent le col en arrière. La trompe droite présente un nodule gros comme un pois. Adhérences périmétrosalpingiennes droite vers la bifurcation de l'iliaque ; un peu plus bas un gros ganglion. La trompe gauche également est fortement renflée dans son milieu, dure. De chaque côté le bout périphérique de la trompe forme avec l'ovaire une masse fortement adhérente. L'extrémité de la trompe droite se continue dans ce qu'on croyait être un ganglion et qui n'est autre chose, que l'extrémité dilatée de la trompe, grosse comme une bonne prune ; l'ovaire est laissé en place. Un surjet ferme l'espace dénudé de péritoine en rapprochant l'ovaire de la corne utérine qui a été excisée avec ligature prophylactique de l'utérine le long de la face droite. A gauche la trompe est sectionnée à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, juste avant l'endroit où elle va former un nodule comme sur la trompe droite. l'ovaire gauche est fortement adhérent dans la fosse iliaque gauche. Après avoir essayé de conserver l'ovaire, on se décide à l'enlever, étant donné qu'on laisserait des surfaces trop déchiquetées. Il en résulte une brèche assez considérable dans le péritoine, qui est fermée par un surjet au catgut, en se servant en partie du ligament rond. Fixation d'un repli du péritoine sur le fond de l'utérus en arrière des sutures, de façon à les recouvrir et en outre de fixer l'utérus en avant. Fermeture du ventre comme d'habitude.

Examen histologique (Dr Moloff) : Tuberculose et adénomyose des trompes. Ovaire macrokystique.

Suites opératoires : Normales ; sortie du service après l'opération le 13^{me} jour.

VI. Observation gyn. 307/31, Mlle M.

Anamnèse : Célibataire, de 26 ans. Pleurésie en 1930. Grippe en 1931. Début des règles à 14 ans ; durée sept jours ; régulières tous les 30 jours, abondantes ; dysménorrhée. Pas de fausses couches, pas de grossesse.

Maladie actuelle : Depuis la grippe, la malade souffre de pertes jaunâtres et de douleurs dans les reins. Les pertes se sont arrêtées il y a trois semaines et les douleurs il y a un mois et demi, pour réapparaître 15 jours plus tard. Elles sont localisées à la fosse iliaque gauche et disparaissent assez rapidement après des cataplasmes. Un

mois avant la rentrée dans le service s'installent des pertes de sang, qui deviennent très abondantes. Quelques jours avant l'entrée, nouvelle crise de douleurs et augmentation des pertes sanguines.

Status pulmonaire : Poumon gauche : r. d. p. Poumon droit : murmure vésiculaire affaibli au sommet droit ; par endroits respiration bronchiale ; vibrations augmentées au sommet droit. La base du poumon droit et presque immobile à la respiration.

Température subfébrile. Pouls : 80—100,

Status local : Percussion : Matité dans le bas ventre à droite, remontant à trois travers de doigts du Poupart. Tout le flanc et la fosse iliaque gauche sont mats. Le flanc droit et l'épigastre sont sonores. A la palpation on constate une très légère défense musculaire à plusieurs endroits, de façon inconstante.

Toucher : petit col de nullipare fermé, en arrière de la ligne interspinale. Utérus de volume normal en antéverson-ilexion, mobile de haut en bas avec les tuméfactions qui se trouvent de chaque côté, mais à part cela à peu près immobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, séparé de lui par un sillon on trouve une tuméfaction par place un peu kystique, indolore, mobile en bloc avec l'utérus et avec le péritoine, de la grosseur d'un pruneau, indolore.

Au toucher rectal on a l'impression que la tuméfaction de droite se continue dans le Douglas, laquelle est intimement liée à l'utérus, dont on ne peut pas le séparer nettement.

Examens de laboratoire :

Examens des sécrétions : degré de pureté 1.

Sédimentation (Méthode Linzenmeier) : 1 h. 7'.

Pression artérielle : 13/8.

Réactions sérologiques : Besredka : négatif. Vernes : positif.

Diagnostic : Annexite (tuberculose probable).

Laparotomie exploratrice (Opérateur : Prof. Kœnig) : Péritoine adhérent à l'épiploon. Le péritoine et l'épiploon sont recouverts d'un semis extrêmement abondant de tubercules. On décolle assez laborieusement l'épiploon et on découvre l'intestin. Les anses intestinales agglutinées ensemble, sont recouvertes elles-mêmes de tubercules et on enlève un petit morceau d'épiploon aux fins de biopsie. On essaye d'accéder à l'utérus et aux annexes, mais les adhérences deviennent plus solides et par mesure de prudence on ne pousse pas plus avant. On sent vaguement l'utérus augmenté de volume et de chaque côté des masses dures. On met de la poudre d'iodoforme en quantité considérable. Fermeture habituelle de l'abdomen.

Examen histologique (Dr Moloff) : Tuberculose de l'épiploon.

Suites opératoires : normales.

Monsieur le Professeur KÆNIG a bien voulu nous communiquer deux observations personnelles, que nous résumons ici et qui aideront à soutenir nos conclusions.

VII. Observation Mme R. (Prof. Kænig).

Anamnèse: Femme de 23 ans, mariée depuis 1928, n'a pas eu de grossesse. Régliée depuis l'âge de 14 ans; régulières tous les 35 jours; fortes avec des caillots; dysménorrhée pendant les pertes; pas de crampes. Appendicite en 1927, qui n'a pas été opérée; elle a eu des douleurs pendant six mois à droite. Il y a dix ans, que la malade a eu une enflure et des douleurs au poignet droit, qui a été guéri très vite par une pommade iodurée. Elle était soignée ces derniers temps pour des pertes blanches avec des bâtonnets de Partagon dans la matrice.

Maladie actuelle: Consulte pour stérilité. Dernières règles le 20 novembre. La malade se plaint de pertes brunâtres entre ses règles. Les dernières règles étaient accompagnées de fortes douleurs. Pèse actuellement 45 kilos. Etat général assez bon.

Status local: Utérus en rétroversion-flexion. Devant lui, à droite, un boudin plus ou moins élastique, un peu douloureux, du volume d'une figue.

Diagnostic: Rétroversion-flexion de l'utérus avec hydrosalpinx à droite.

Opération (Opérateur : Prof. Kænig) : 20 janvier 1931.

Status: Laparatomie horizontale. Un voile épiploïque adhérent aux annexes recouvre tout le bassin; celles-ci sont fortement augmentées de volume, conglomérées, très fortement adhérentes, ainsi que la face postérieure de l'utérus adhérant aussi bien à l'épiploon qu'à l'intestin. En essayant de décoller la trompe droite, je vois sourdre du pus caséeux d'apparence tuberculeuse. Après décollement de l'épiploon, le pavillon de la trompe semble perméable; l'ovaire est très gros. A gauche les annexes sont décollées assez difficilement également; la trompe est complètement oblitérée et il y a également du pus. Etant donné le désir formellement exprimé par la malade, que l'intervention devait être en première ligne dirigée contre la stérilité, je me borne à enlever les annexes gauches, à réséquer l'ovaire droit et à fixer l'utérus en avant dans un pli vésical, sur le fond utérin. L'appendice est complètement intramural et rétrocaecal; la face antérieure du caecum cartonnée, ridée, blanchâtre; l'appendice est sculpté et enlevé; il est très friable. Poudre de iodoforme mis sur le territoire pelvien. Comme il subsiste un peu de suintement sanguin, on place un drain dans le Douglas à travers la paroi abdominale, en dehors du m. droit. Fermeture de l'abdomen habituel.

Examen histopathologique (Institut Pathologique de Genève; Prof. Askanazy): Salpingite et përisalpingite tuberculeuse.

Suites opératoires : Normales. On enlève le drain après quelques jours. La place guérit par première.

Examen de la malade quatre mois après l'opération: Depuis l'opération la malade était réglée trois fois; elles sont actuellement indolores. Légères pertes blanches entre les règles. Revient du Tessin où elle a fait une cure de soleil. Le ventre est très fortement pigmenté; la cicatrice est encore rouge, mais indolore et souple.

Deuxième status local : Col dévié à droite, fond utérin à gauche en antéflexion, légèrement sensible. La région des deux annexes est indolore, sans induration palpable. N'a plus eu mal depuis qu'elle a cessé les bains de soleil. Continuation de la cure pendant trois mois à la montagne.

La nature tuberculeuse de l'affection annexielle ne s'est révélée qu'au cours de la laparotomie. Même si on y avait pensé auparavant, le diagnostic n'eut pu être fait d'une façon certaine.

VIII. Observation de Mme G. (Prof. Kœnig).

Anamnèse : Femme de 26 ans, de constitution assez délicate. Soignée dans l'enfance pour érythème noueux. Elle a eu un avortement spontané de deux mois et demie, accompagné de fièvre. Le curettage fait baisser progressivement la température. Apyrexie après huit jours. Reprise fébrile quelques jours après avec manifestations annexielles. Le médecin traitant (Prof. Frühinsholz, Nancy) se méfie du caractère bacillaire de ces accidents. Surviennent des localisations pleurales. L'examen cytologique du liquide pleural est en faveur de son origine bacillaire. La malade est remise en traitement au Prof. Kœnig.

Premier status local : Fond de l'utérus dépassant de deux travers de doigts la symphyse. Grande annexite bilatérale, presque indolore à l'exploration. Confirmant le diagnostic du Prof. Frühinsholz, le Prof. Kœnig envoie la malade à la montagne.

La malade reprend à la montagne un état général excellent et les annexes diminuent considérablement de volume. On ne constate ni douleur, ni température. Vu le désir très vif de la malade d'avoir un enfant on procède à un examen très prudemment fait au lipiodol, qui est toléré sans incident.

Deuxième status local : Petit utérus en antéversion-flexion. A droite on trouve un ovaire à peine perceptible, indolore. A gauche on constate une petite tumeur du volume d'un œuf.

L'hystéroggraphie démontre deux trompes obturées. Dans la suite les règles diminuent d'une façon marquée.

L'homovarine précédé d'antéhypophyse augmentent un peu les règles, sans les rendre normales.

A la vérité, dans ce cas le diagnostic d'annexite tuberculeuse n'a pas pu être vérifié par une biopsie; diagnostic que l'évolution, les accidents pleuraux rendent extrêmement vraisemblables.

Quelles sont ici les relations de l'avortement fébril avec l'affection annexielle? Cette dernière est elle la cause de l'interruption de la grossesse et a-t-elle simulé une annexite puerpérale? La bacillose s'est-elle développée dans les trompes après une infection puerpérale? Il est impossible de le dire.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Si nous nous demandons, quels sont les éléments de diagnostic importants dans nos quelques cas, nous arrivons au résumé suivant :

Trois fois (Obs. I, III, VI) sur six nous trouvons des *antécédents tuberculeux personnels* irréfutables. En passant nous mentionnerons que ces trois mêmes malades présentaient en outre des sommets fibreux à la radiographie des poumons.

Nous relevons comme symptômes dans trois cas (Obs. I, V, VII) la *stérilité* ; une fois elle joue un rôle tout à fait secondaire (Obs. I). dans les deux autres cas (Obs. V et VII) par contre elle a été (avec des aménorrhées durant jusqu'à une année (Obs. V), l'unique symptôme qui a poussé la malade à consulter un médecin.

Une *aménorrhée* de quelques mois à une année ne s'est manifestée que trois fois (Obs. II, V, VIII). Une seule malade (Obs. IV), chez laquelle il y avait en outre des phénomènes d'infection mixte surajoutée, a eu des métrorrhagies.

Quatre fois la maladie a présenté une *évolution chronique* (Obs. I, II, V, VI) et deux fois c'est une *poussée aiguë* qui a décidé les malades à entrer dans le service (Obs. III et IV). Dans toutes les observations excepté une (Obs. V), nous trouvons pendant très longtemps des *températures sub-fébriles et fébriles* avec un *pouls* relativement accéléré. Au point de vue des *douleurs* et de la fièvre ces patientes ont également présenté des hauts et des bas. Les règles donnent

lieu à une péjoration notable de l'état général, mais à part cela on ne trouve pas d'autre explication pour les poussées fébriles et douloureuses, que les modifications d'immunité.

Deux fois (Obs. I et III) sur trois *l'application de chaud* (Diathermie) a été mal supportée ; une seule fois elle a apporté un soulagement passager (Obs. IV).

Le *status local* n'a rien présenté de particulier, permettant d'établir le diagnostic différentiel d'une annexite d'autre origine.

A *l'examen des sécrétions* il n'a été trouvé de gonocoques, une fois même (Obs. IV) la flore vaginale était du degré de pureté I.

Le temps de *sédimentation des globules rouges* a été fait quatre fois, trois fois (Obs. I, III, IV) elle était accélérée, une fois (Obs. VI) normale.

Dans trois cas nous avons un *examen complet du sang* (Obs. I, III, IV). Deux fois (Obs. I, III) il y avait lymphocytose sans augmentation du nombre des globules blancs et avec présence d'éosinophiles, image typique pour une tuberculose se trouvant dans un stade non évolutif. Une fois (Obs. IV) nous constatons une neutrophilie avec leucocytose et disparition des éosinophiles. Dans ce dernier cas, l'évolution ultérieure et l'examen de la pièce opératoire nous font admettre, que la cause de cette leucocytose réside dans l'infection surajoutée à la tuberculose et non dans le caractère évolutif de cette dernière.

La *réaction de Besredka* s'est montrée une seule fois (Obs. II) faiblement positive sur cinq cas (Obs. I, III, IV, VI). Jusqu'à ces jours elle ne nous a encore jamais apporté un résultat appréciable.

Le « *Vernes* » a donné quatre fois (Obs. I, III, IV, VI) sur cinq, un résultat positif (> 30). Une fois (Obs. II) il n'était que partiellement positif (24). Nous voyons dans cette réaction un adjuvant utile, pouvant donner avec les autres examens une présomption de plus en faveur d'une tuberculose en activité.

Quant à *la réaction à la tuberculine* (Beranek) elle a été

négative dans les deux cas, où nous l'avons pratiquée (Obs. III et IV). Peut-être que l'injection d'une autre tuberculine ou que la réaction faite dans le col nous donnera à l'avenir des résultats concordants plus souvent avec l'examen anatomique.

L'hystérographie a montré dans deux cas (Obs. I et V) des trompes imperméables. Dans un des deux cas (Obs.V) elle nous a rendu attentif à la lésion annexielle. Cet examen ne nous permettra naturellement jamais de poser le diagnostic de tuberculose, mais il nous donnera parfois, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, une réponse à des questions d'ordre secondaire.

Malheureusement nous n'avons inoculé qu'une seule fois (Obs. I) au cobaye le produit de la *ponction du Douglas*, que nous avons faite dans les trois cas (Obs. I, III, IV). Ce cobaye a été tuberculinisé, de sorte que le diagnostic a pu être posé avec certitude avant la laparotomie. Les deux autres ponctions ont ramené du pus une fois stérile (Obs. IV) et une fois (Obs. III) avec des strepto-staphylo-diplocoques. Elles ont été suivies d'une *colpotomie* qui n'a, du reste en rien avancé le diagnostic de tuberculose.

Monsieur le Professeur KÆNIG est généralement peu partisan de *l'hystérectomie* pour lésions tuberculeuses ; lui préfère l'héliothérapie à la montagne, qui lui a donné de beaux succès. Mais l'indication de ce traitement ne peut se poser qu'avec un diagnostic certain. C'est pourquoi dans les cas douteux il est logique de s'assurer de la nature des lésions par une *laparotomie exploratrice*. On sait d'ailleurs, que celle-ci peut même avoir une action curative.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de la salpingite tuberculeuse est un problème clinique souvent difficile, quelquefois impossible à résoudre. Quant on y pense et en se basant sur un ensemble de signes cliniques et de données de laboratoire on pourra arriver plus souvent à poser un diagnostic de probabilité, éventuellement par exclusion.

L'examen d'une malade suspecte de tuberculose ansexuelle se basera sur :

1° *L'anamnèse* est très serrée surtout aussi pour dépister la bacillose, la stérilité, des aménorrhées ou des métrorrhagies.

2° *L'examen général* exige dans chaque cas un status pulmonaire exact (radioscopie évent. radiographie).

3° *Status abdominal* exact, en tenant compte de signes physiques que peut produire une tuberculose péritonéale concomitante.

4° *L'examen des sécrétions* parlera pour une blennorrhagie, si nous trouvons des gonocoques et contre cette affection, s'il y a degré de pureté 1. A l'avenir nous recherchons aussi les BK. dans les sécrétions utérines.

5° *La sédimentation* répétée à plusieurs reprises dans les phases chroniques et subaiguës des annexites parle pour une tuberculose, si elle est accélérée. Dans la période aiguë elle est importante pour le diagnostic différentiel avec la grossesse extrautérine où elle n'est pas ou très peu accélérée.

6° *Sang* : L'examen complet est indiqué dans tous les cas qui ne sont pas des annexites *post abortum* ou blennorrhagiques sûres (seulement globules blancs). La neutrophilie absente dans les stades aigus peut provenir d'une infection mixte ou d'un processus exsudatif tuberculeux. Dans le stade chronique une lymphocytose marquée (avec présence d'éosinophiles) sans augmentation des globules blancs militant en faveur d'une tuberculose.

7° Le « *Besredka* » nous a donné des résultats de peu de valeur.

8° Le « *Vernes* » au-dessus de 30 parle pour une tuberculose active.

9° La fréquence de la *réaction* positive à la *tuberculine* ne permet pas d'établir suffisamment le diagnostic ; elle sera éventuellement remplacée par l'injection dans le col.

10° *L'hystérogaphie* et *l'insufflation* tubaire sont précieuses dans les cas de stérilité sans lésions annexielles apparentes, éventuellement la radiographie pourra nous éclaircir sur la topographie des tumeurs pelviennes.

11° *La ponction du Douglas* est faite chaque fois qu'il y a doute et qu'elle sera susceptible de ramener quelque chose. Si le liquide retiré est stérile, on fera une inoculation au cobaye.

12° Si tous les examens parlent en faveur d'une tuberculose, ou si la ponction du Douglas est positive quant au BK., nous pouvons faire précéder le traitement chirurgical d'un traitement conservateur (Héliothérapie et séjour à la montagne). Dans les cas où le diagnostic reste malgré tout en suspens, la *laparotomie exploratrice* entrera dans ses droits.

BIBLIOGRAPHIE

3. ASCHOFF, L. — Path. Anatomie, II. Band, p. 595, Eileiter, 1922, Fischer.
2. ASKANAZY, M. — La pathogénie de la tuberculose des voies génitales chez la femme. Schweiz. med. Wschr. 1923, N° 30, p. 715.
3. APRILE d', F. — La mestruazione e le sue curve nella tubercolosi genitale. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1931, No. 33, p. 2527.
4. BAKACS, B. — Experimentelle weibliche Genitaltuberkulose. Arch. f. Gyn. 1927, Bd. 131, p. 364.
5. BRAUDE, I. — Zur klinischen Diagnose der Adnextuberkulose. Ztbl. f. Gyn. 1928, No. 27, p. 1848.
6. BIRNBAUM, R. — Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit den Koch'schen Tuberkulinpräparaten. Ztbl. f. Gyn. 1907, N° 39, p. 1174.
7. BADOUX et NARBEL. — Etude du sérodiagnostic de la tuberculose par les méthodes Vernes et de Besredka. Revue Méd. d. l. Suisse Romande, 1928, février 25, p. 1 et 102.
8. BARTHÉLEMY. — La tuberculose génitale; son diagnostic et son traitement. Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., Paris 1924, N° 7, p. 541.
9. BARDELEBEN. V. — Beziehungen zwischen Lunge und Genitale tuberkulöser Frauen. Münch. med. Wschr. 1912, p. 1540.
10. BILLROTH-LUECKE. — Handbuch der Frauenkrankheiten. Bd. II, p. 797.
11. BERNARD, SALOMON, JOANNON. — Cutiréaction et menstruation chez les tuberculeuses. Ref. Zbl. Tbk. Bd. 16, 1922, p. 521.
12. BORELL. — Die diagnostische Bedeutung der sog. spezifischen Reaktionen bei gyn. Adnexerkrankungen. Arch. f. Gyn. 1922, Bd. 117, p. 33.
13. BRÄHMIG. — Die Temperaturen gesunder und kranker geschlechtsreifer Frauen in Beziehung zur Ovulation und Menstruation. Inaug. Dissert. Erlangen. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1929, p. 446.
14. CAFFIER. — Zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose des corpus uteri. Ztbl. f. Gyn. 1931, N° 26.
15. CHATILLON, F. — Stérilité d'origine utérine. Gyn. et Obst. 1927, N° 16, p. 122.
16. CREVOISIER. — Tuberculose génitale et stérilité. Schw. med. Wschr. 1926, N° 8.
17. DOUAY, E. — Stérilité d'origine utérine. Gyn. et Obst. 1927, p. 127.
18. DOUAY, E. — Stérilité féminine. Gyn. et Obst. 1925, N° 4, p. 283.
19. DOUAY-JEPURÉNAO. — Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. Réaction de Besredka. Gyn. et Obst. 1930, N° 5, mai, p. 385.
20. DUPONT, R. — Contribution à l'étude de l'étiologie et du diagnostic des salpingites tuberculeuses. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1922, N° 12, p. 141.
21. EGOROW. — Ueber Menstruationsstörungen bei weiblicher Genitaltuberkulose. Ztbl. f. ges. Tb. 1924, Bd. 22, p. 81.
22. EISENSTEIN-HOLLOS. — Tuberkulose und Menstruation. Ztbl. f. Gyn. 1908, N° 44, p. 81.
23. FAURE, J.-L., SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale 1923, Paris, Doin, p. 619, p. 708.
24. FORGUE-MASSABUÉ. — Gynécologie, «collection» Nouveau traité de chirurgie, Paris, 1927, Boilière, p. 756.
25. FORGUE. — De la tuberculose génit. Précis de Pathol. ext. 1920.
26. FORESTIER, J. — L'épreuve de la sédimentation des hématies par la méthode de Westergreen. Le Monde Médical, 1931, p. 708.
27. FOURNIER, F. — Tuberculose péritonéo-génitale et puerperalité. Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1929, janvier.

28. FREUND, H. — Zur Diagnose und Behandlung der weiblichen Unterleibs- und Genitaltuberkulose. Ref. Zblf. Gyn. 1922, № 22, p. 926.
29. FRÜHINSHOLZ-FEUILLEDE. — Tuberculose génitale et puérpéralité. Bull. Soc. Gyn. et Obst., Paris, 1924, p. 683.
30. GRANZOW. — Eperimentalarbeiten über weibliche Genitaltuberkulose. Zbl. f. Gyn. 1928, p. 2001.
31. GRANZOW. — Tuberculose utéro-annexielle et puérpéralité. Gyn. et Obst. 1924, № 5, p. 305.
32. GRANZOW. — Die Wechselbeziehungen zwischen der Tuberkuloseerkrankung und den Generationsvorgängen im weiblichen Organismus. Abhndlg. a. d. Geb. u. Gyn. u. ihren Grenzg. 1930, H. 1, p. 1.
33. GRÆFENBERG. — Die Gefahren intrauteriner Eingriffe bei latenter Genitaltuberk. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1911, Bd. XIV, p. 428.
34. GRÆFENBERG. — Dysmenorrhöe und Tuberkulose. Münch. med. Wschr. 1910, p. 515.
35. GREENBERG. — A clinical study of tuberculous salpingitis based upon 200 cases. Ref. Jahresbericht über die ges. Gyn und Geb. sowie deren Grenzgebiete. 1923, p. 223.
36. GRENDELMEYER, H. — Die Genital- und Peritonealtuberkulose an der Gyn. Abt. der Kant. Krankenanstalt in Aarau in den Jahren 1921—1926. Inaug. Dissertation, Zürich, 1928.
37. GUILLERMIN, A. — Quelques cas de tuberculose génitale. Bull. d'Obst. et Gyn., Paris, 1924, p. 532.
38. HALBAN, J. — Allgemeine Symptomatologie und Diagnostik in der Frauenheilkunde. In Biol. und Path. des Weibes, 1923, Bd. II, p. 1—114. Wien-Berlin, Urban-Schwbg.
39. HEGAR. — Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose, 1886, Stuttgart.
40. HEINISIIUS. — Zur klinischen Diagnose der Adnextuberkulose. Ztbl. f. Gyn. 1928, № 42, p. 2702.
41. HENKEL, M. — Diagnostische und therapeutische Erwägungen bei endzündlichen Adnexerkrank. Med. Klinik, Jg. 21, № 27, p. 991.
42. HOFSTÆTTER. — Ueber die Behandlung der Gonorrhoe durch die Vaccination régionale par la porte d'entrée. Arch. f. Gyn., Bd. 145, 1931, 3. Heft, p. 791.
43. HÆPPNER, H. — Tubengravidität bei Tubentuberkulose. Ztbl. f. Gyn. 1931, p. 791.
44. HÜSSY, P. — Die Genitaltuberkulose. Praxis 1926, № 22 und 23.
45. KAFKA, V. — Beitrag zur Frage über die Genese der Tubentuberkulose. Arch. f. Gyn. 1920, Bd. 113, p. 490.
46. KIWISCH. — Klinische Vorlesungen über spezielle Pathologie und Therapie der Erkrankungen des weiblichen Geschlechtes. Bd. 1 1845, Prag.
47. KOWATS. — Die tuberkulösen Menstruationsanomalien. Ref. Ztbl. f. Tb. 1913, Bd. 19, p. 29.
48. KRÖNIG. — Genitaltuberkulose. Münch. Gyn. Kongress. 1911.
49. LOPETZ-DORIGO. — Einige atypische klinische Formen der weiblichen Genito-Peritonealtuberkulose. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1931, № 12, p. 1172.
50. LABHARDT. — Beiträge zur Genital- und Peritonealtuberkulose. Zeitschr. f. Geg. und Gyn. Bd. 70.
51. LABADIE, LAGRAVE, LÉGUEUR. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris 1898, p. 681. Alcan.
52. LÉGER-MARTIN. — Ce qu'il faut savoir de le méthode syphilimétrique Vernes et des appllcations du photomètre, Paris, Maloine, III^{me} partie, p. 125.

53. LINZENMEIER. — Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit als Differentialdiagnostisches Hilfsmittel bei Adnexerkrankungen. Ztbl. f. Gyn. 1922, N° 14, p. 535.
54. MAAS, L. — Wechselbeziehungen zwischen Tuberkulose und Pubertät. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1931, N° 12.
55. MAYER, A. — Genitaltuberkulose des Weibes und Konstitution. Beitr. Kl. Tb. 1926, Bd. 63 p. 874.
56. MEYER, K.-LASH. — Ein Fall von Tubentuberkulose der eine Tubenruptur vortäuscht. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1930, N° 38, p. 2430.
57. MOROSOWA-MELNIKOFF. — Etude clinique et anatomo-pathologique des modifications tuberculeuses des organes génitaux de la femme. Rapp. à la Soc. de Gyn. à Moscou. Ref. Gyn. et Obst Paris, 1931, N° 5, mai.
58. NÆGELI, O. — Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Berlin, Springer 1931, p. 637.
59. NIELSEN, — Der klinische Wert der Senkungsreaktion bei Adnexerkrankungen. Ztbl. f. Gyn. 1931, N° 15, p. 1365.
60. NOVAK, J. — Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnostik und Behandlung der Tubenerkrankungen. Med. Klinik 1928, p. 45.
61. PANKOW, O. — Die Genitaltuberkulose des Weibes. Handbuch der Tuberkulose von Brauer-Schweder-Blumenfeld, Bd. IV, 1922, p. 613. Leipzig, Barth.
62. PESTALOZZA. — La tubercolosi genitale nella donna. Ref. Ztbl. f. ges. Tb. Bd. 24, p. 202, 1925.
63. PFANNENSTIEL, W. — Ergebnisse der Serodiagnostik der Tuberkulose und Lepra. Ztbl. f. H. u. Geschlkrnh. 1927, H. 1. u. 2.
64. POZZI. — Traité de Gynécologie, Paris, Masson 1907, p. 1078.
65. PROCHOWNIK. — Akute Tuberkulose nach gynäkologischen Eingriffen. Ztbl. f. Gyn. 1913, N° 1.
66. SAHLI, H. — Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Bd. II, p. 347, 473, 668, 1931, Leipzig, Deutike.
67. SALOMOND, M. — Four cases of tuberculosis of female generative organs. Ref. Ztbl. f. Gyn. Jg. 31, N° 12, p. 1172.
68. SELLEHEIM. — Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den weiblichen Genitalen. Münch. med. Wochschr. 1911, p. 1657.
69. SIMMONDS. — Über Tuberkulose des weiblichen Geschlechtsapparates. Arch. f. Gyn. 1909, Bd. 88, p. 29.
70. STIMMONS and JONES. — Le teste de sédimentation des globules rouges. Ref. Gyn. et Obstet., Paris 1930, juillet, N° 1, p. 41.
71. VERNES, A. — Etudes sur la sérologie de la Tuberculose. Travaux et Publications de l'Institut Prophylactique. Fasc. 4, 1926, Maloine Paris.
72. WALLER, BR. — Über weibliche Genitaltuberkulose an Hand eines Falles. Ztbl. f. Gyn. 1931, N° 29, p. 2215.
73. WEIBEL, W. — Die Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd VI, p. 325.
74. WERTHEIMER. — Zur Genese der menschlichen Eierstockstuberkulose. Arch. f. Gyn. 1923, Bd. 118, p. 136.
75. WIELOCH. — Beitrag zur Diagnose der tuberkulösen Adnextumoren. Ztbl. f. Gyn. 1929, p. 136.
76. ZERRI, P. — L'importanza della tubercolina nella diagnosi e nella cura della tubercolose genitale femminile allo stato iniziale. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1931, N° 26, p. 2018.